

Année 1955

N°

T H E S E

229

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

ROUVEIX André

né le 15 Mai 1924 à CLERMONT FERRAND (Puy de Dôme)

Présentée et soutenue publiquement le :

LA MYOMECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES

ses indications, ses possibilités, ses limites, ses résultats.

Président ; Docteur LANTUEJOUL

Editions A.G.E.M.P.

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

ROUVEIX André

né le 15 Mai 1924 à CLERMONT FERRAND (Puy de Dôme)

Présentée et soutenue publiquement le :

LA MYOMECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES

ses indication, ses possibilités, ses limites, ses résultats.

Président ; Docteur LANTUEJOUL

Editions A.G.E.M.P.



Nom du candidat : ROUVEIX

Prénoms : André

Date de soutenance :

N° d'ordre :

1

ROUVEIX André
La myomectomie dans le traitement des fibromes, ses indications, ses possibilités, ses limites, ses résultats.
Thèse Med. Paris 1955
N°
Dact. In 4° 31 pages
Editions A.G.E.M.P.

3

ROUVEIX André
La myomectomie dans le traitement des fibromes, ses indications, ses possibilités, ses limites, ses résultats.
Thèse Med. Paris 1955
N°
Dact. In 4° 31 pages
Editions A.G.E.M.P.

2

ROUVEIX André
La myomectomie dans le traitement des fibromes, ses indications, ses possibilités, ses limites, ses résultats.
Thèse Med. Paris 1955
Dact. In 4° 31 pages
N°
Editions A.G.E.M.P.

4

ROUVEIX André
La myomectomie dans le traitement des fibromes, ses indications, ses possibilités, ses limites, ses résultats.
Thèse Ped. Paris 1955
Dact. In 4° 31 pages
N°
Editions A.G.E.M.P.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547107_0043

A mon Père in mémorian
A ma Mère,
A toute ma famille,
A mes Amis.

A Monsieur le Docteur LANTUEJOUL

Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse, en hommage de notre
respectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé MERGER

Qui nous a inspiré cette thèse et
auquel j'exprime ma gratitude et
mon attachement respectueux.

Monsieur le Docteur SEGUY

Gynécologue accoucheur des Hôpitaux
auquel j'exprime toute ma gratitude
pour l'enseignement qu'il m'a
prodigué.

Monsieur le Docteur ROBEY

Gynécologue accoucheur des Hôpitaux
dont j'ai pu, externe, puis interne
apprécier les conseils et la bien-
veillance, qu'il trouve ici l'assurance
de mon fidèle attachement.

Monsieur le Docteur J. LEVY

Gynécologue accoucheur assistant des
Hôpitaux, dont l'aide et les conseils
m'ont été si précieux.

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN - BRINDEAU - CADENAT - CARNOT - CHABROL -
CHEVASSU - CHIRAY - CLERC - DELBET - GOUGEROT (H) -
GUILLAIN - HARVIER - LAUBRY - LEMAITRE - LEMIERRE -
LHERMITTE - LIAN - LOEPER - MARION - MATHIEU -
MOCQUOT - MULON - OLIVIER (E) - OMBREDANNE - SANNIE -
SEZARY - TANON -

DOYEN Léon BINET
(Membre de l'Institut)

ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomic	CORDIER (G)
Anatomic Pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education Nationale et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie Médicale	VERNE (J)
Cancérologie Médicale et Sociale .	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P)
Cliniques (Broussais	DE GAUDARD D'ALLAINES
chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR (H)
(Cochin	QUENU (J)
Clinique Chirurgicale réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de Cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie Pleuro-pul- monaire	MONOD (R)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALIER (P)
Clinique des maladies du système nervoux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Cliniques des Maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)

Clinique du Diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R)
Clinique Gynécologie	FUNCK-BRENTANO
Clinique Médicale d'Hydro-clima- tologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON
Clinique Médicale Propédeutique ... (Tarnier ..	PASTEUR-VALLERY-RADOT LANTUEJOUL (P)
Cliniques Obstétricales (Baudelocque (Port-Royal	LEVY-SOLAL (E) LACOMME (M)
Clinique Ophtalmologique	ELTER (E)
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	AUBIN (A)
Clinique Physio-Pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C)
Clinique Psychiatrique Infantile ..	HEUYER (C)
Clinique Rhumatologique	COSTE (F)
Clinique Stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique Thérapeutique Chirurgicale ..	SENEQUE (J)
Clinique Thérapeutique Médicale ...	LEMAIRE
Clinique Urologique	FEY (B)
Embryologie	GIROUD (A)
Génétique	LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	MOUQUIN (M)
Histologie	CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de la première enfance	CATHALA (J)
Hygiène et Médecine Préventive	JOANNON (C)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine Légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale	GAILLIARD (H)
Pathologie Chirurgicale	N
Pathologie Exotique	LAVIER (G)
Pathologie Expérimentale et comparée ..	LENEGRE (J)
Pathologie et Thérapeutique générales ..	N
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A)
Physiologie	SINET (L)
Physique médicale	STROHL (A)
Radiologie Médicale	DESGREZ (H)
Technique Chirurgicale	MOULONGUET (P)
Thérapeutique	TURPIN (R)
Chaire de la Clinique Médico- Sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN

DI - 6 PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DELMAS (A) (DEBEYRE (J)
----------------	-----------------------------

Anatomie Pathologie	GAUTHIER-VILLARS Mlle P. Pr. s. ch. BUSSER (F) GOUYGOU
Bactériologie	FASQUELLE (R) FEVOT (A)
Biologie Médicale	BOURLIERE
Chimie Médicale	ETTORI (J) Pr.s.Ch. JAYLE (MF) Pr.s.Ch. SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT
Histologie	BUILLARD Pr.s.Ch. COUJARD (R)
Hydrologie	DEBRAY (C)
Hygiène	BOYER
Médecine Légale	DUPARIS (M) DEROBERT (L) HADENGUE GAULTIER (M)
Neuro-Chirurgie	DAVID
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	GRASSET (J) LEPAGE (F) MAYER (M) MERGER (R) PAVINA (J) VARANGOT (J) MORIN
Ophthalmologie	OFFRET (G) DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET
Oto-Rhino-Laryngologie	HALPHEN (E) P.s.ch. AUBRY MADURO (R) BRUMPT (L)
Parasitologie	CHABAUD
Parasitologie Coloniale	ABOULKER (P)
Pathologie Chirurgicale	BAUMANN (J) GOSSET (J) HUGUIER (J) LAURENCE (G) LEGER (L) OLIVIER (Cl) PADOVANI (P) LORTAT-JACOB POILLEUX (M) ROUX RUDLER (J.C.) VERNE (J.M.)
Pathologie Expérimentale	MERKLEN (P) BERNARD (J) BOUDIN (G)

IV -

Pathologie Médicale	CASTAIGNE (P)
	CONTE (M)
	DECOURT (J)
	DOMART (A)
	DREYFUS (Gilbert)
	FAUVERT (R)
	HAMBURGER (J)
	KOURILSKY (R)
	MILLIEZ (P)
	PERRAULT (M)
	RAMBERT (P)
	THIEFFRY (St)
	TURIAF (J)
	LAROCHE
	PEQUIGNOT
	LAMOTTE
Pédiatrie	LAPLANE (R)
	MARÉE (J)
Pharmacologie	LEVY Mlle Pr. s.ch.
	CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physique Médicale	DJOURNO (A)
	GOUGEROT (L)
Physiologie	BARGETON (D) Pr. s. ch.
	PARROT (J.L.)
Phtisiologie	KREIS
Psychiâtrie	BARUK (H)
Psychiâtrie Infantile	MICHAUX (L)
Stomatologie	CHAPUT Mmc
	CERNEA
Puériculture	JOSEPH
Thérapeutique	PERRAULT Chargé de l'Enseignement.
Urologie	KUSS (R)

III - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique
Chirurgicale), LE LORRIER (V) (Obstétrique),
AJDVAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.
Clinique Chirurgicale AMELINE (A)
MENEGAUX (G)
PATEL (J)
SICARD (A)

MM.

Clinique Médicale	BROUET (G)
	CACHERA (R)
	GARCIN (J)
	HAGUENEAU (M)
	MARCHAL (G)
	SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	DIGONNET (L)
	EGALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENART (G)
Clinique Urologique	COUVELAIRE (R).

MM.

Secrétaire de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire Adjoint	Mlle CHANTREUIL (F)

Conservateur	Dr. A. HAHN
Bibliothécaires	M. DOUAN (G), Mlles DUMAITRE (P), GOICHO (AM), LE NOIR (G), METIN (F)

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

La myomectomie dans le traitement des fibromes est du point de vue théorique l'opération idéale et tout particulièrement chez la femme dont l'âge autorise encore de futures maternités.

Personne ne met en doute que nombre de fibromes tout à fait silencieux ne demandent aucun traitement ; que nombre de fibromes modérés dans leurs manifestations hémorragiques sont justiciables du seul traitement médical par l'hormonothérapie androgénique.

Mais la tendance actuelle de la majorité des gynécologues Français de recourir à la chirurgie à condition qu'elle soit conservatrice.

La myomectomie a été de plus en plus adoptée par un grand nombre de gynécologues qui, autrefois, l'avaient presque totalement rejetée. Pour plusieurs raisons.

- D'abord et surtout, une meilleure attitude en ce qui concerne la haute fonction de l'ovaire, dont le sacrifice a été fréquemment accompli avec impunité.

- Un deuxième facteur était le nouvel intérêt manifesté par les gynécologues pour le rôle de la femme dans la stérilité.

- Un troisième facteur était le perfectionnement de la technique chirurgicale.

A mesure que grandissait la faveur avec laquelle les chirurgiens et les gynécologues considéraient cette chirurgie plus conservatrice, les indications de la myomectomie s'étendaient jusqu'à comprendre les fibromes multiples et des interventions sur des femmes âgées.

C'est ainsi que des nullipares ayant dépassé 35 ans et ensuite des femmes de 40 ans et plus on pu bénéficier de la myomectomie.

Le fibrome était considéré autrefois comme une affection de la ménopause et des alentours de la ménopause ; il s'opposait ainsi schématiquement au cancer du col utérin ; maladie de la femme plus jeune, et au cancer du corps utérin, affection de la "matrone" c'est à dire de la femme depuis longtemps ménopausée.

On est à même de constater depuis plusieurs années deux facteurs évolutifs nouveau : le "rajeunissement du fibrome" et sa rapidité évolutive de développement.

La constatation d'un fibrome chez une femme de 40 ans est d'observation courante. On comprend ainsi que le remaniement de nos concepts thérapeutiques, en adaptant le traitement à l'activité de la vie génitale et à la morphologie de la femme; soit devenu indispensable.

Le développement des fibromes chez la femme jeune doit entraîner au chirurgien une action conservatrice en vue des maternités futures.

A propos de 217 interventions pour fibrome, 70,32 % des cas s'adressaient à des femmes âgées de moins de 40 ans.

Sans faire intervenir les implications émoti.onnelles et psycho-sexuelles, il est évident que les femmes ayant un fibrome, qui se marient tard, et qui pourtant désirent avoir un enfant seraient autrement condamnées à une stérilisation artificielle par hystérectomie.

Les chirurgiens généraux eux-même sont entrés dans la voie de la conservation après l'ère de la mutilation à outrance d'il y a encore bien peu d'années. L'évolution des idées est à ce sujet assez curieuse pour être rapportée.

- EVOLUTION HISTORIQUE DE LA MYOMECTOMIE.-

Après une période d'abstention totale, de laisser aller qui va jusqu'en 1864, la thérapeutique chirurgicale des fibromes a d'abord été conservatrice ; mais la technique n'était qu'à son éveil et c'est à la voie basse qu'on avait exclusivement recours. On enlevait surtout, il est vrai des fibromes sous muqueux.

Lorsque Martin de Berlin, suivi par l'école allemande se fit le champion de la chirurgie conservatrice par voie abdominale ; ses idées n'avaient guère de succès en France malgré le brillant rapport de Chevrier en 1891.

A vrai dire les opérateurs adoptant sur ce point la doctrine de Battey et de Hegar, et présentant le rôle des sécrétions glandulaires dans la genèse des fibromyomes pratiquaient des ligatures "atrophiantes" dont on avait réglé les techniques pour réduire le fibrome suivant l'expression de Segond "par la famine".

Devant l'insuccès de cette méthode, une ère de chirurgie plus radicale s'ouvrit et tout de suite ce fut l'apogée de l'hystérectomie.

On ne considère point qu'il était utile de supprimer la tumeur seule, et la majorité des chirurgiens Français pensait, ce qu'écrivait en 1899 Gordon de Portland, qu'il fallait conserver à la malade la santé et non l'organe inutile.

Cette exécution sommaire de la myomectomie conduisait à la chirurgie mutilatrice d'autant plus gravement que l'on allait bientôt considérer, non sans légèreté, comme "fibromateux" ces utérus un peu gros, à ondometre un tant soit peu hyperplasique et saignant, de la préménopause.

La chirurgie rapide, souvent brutale, d'une époque qui dura longtemps, se soldait par des suites opératoires pénibles, de nombreuses thromboses veineuses, une mortalité d'environ 5 %.

Mais il serait inexact de croire à la rigueur chronologique de cette évolution. En 1901 un chirurgien Français Dartigues, dans un livre intitulé "chirurgie conservatrice dans les fibromes" préface de Segond, se fit le défenseur fervent de la myomectomie : "la chirurgie utérine a fait sa révolution sanglante et voici qu'elle devient mesurée et conservatrice". La nécessité des interventions conservatrices en fait de fibromes est une vérité si lumineusement simple qu'elle doit pénétrer tous les esprits.

La réaction ne vient que longtemps après. A la castration chirurgicale, à la radiothérapie mutilante à sa façon, on devait opposer des traitements conservateurs.

Dès longtemps des médecins, allopathes et homéopathes, avaient cherché à préserver du bistouri leurs malades : les uns par

l'ergotine, l'émétine, l'amamélis, les autres par calcarea fluorica, fraxinus, ustilago.

Aujourd'hui, l'hormonologie prétend à des succès plus grands. Mais reposant sur des données pathogéniques encore incertaines, elle connaît bien des échecs.

La chirurgie reprend alors ses droits, mais une chirurgie de douceur et de physiologie, respectueuse des tissus et de la fonction génitale. En vérité la chirurgie conservatrice n'avait jamais complètement disparu, mais on l'entourait de tant de conditions que sa portion était fort congrue. Labley en 1924 lui laissait un domaine de 4 %.

C'est M. Brindeau, précurseur en toutes choses qui fut un des premiers en France à remettre en honneur la myomectomie. "Bénignité qui porte aussi bien sur les résultats immédiats de l'opération que sur l'évolution heureuse de la grossesse".

L'école Lyonnaise a poussé au maximum les indications de la myomectomie dans le traitement des myomes utérins puis que le Professeur Cotte puis le professeur Pollosson arrivent dans une statistique personnelle au pourcentage de 65 % de myomectomies.

Récemment deux gynécologues de haute qualité, le professeur Louros, d'Athènes et le professeur Rubin de New-York on présenté à l'hôpital Broca la défense et l'illustration de la myomectomie.

Et lorsque l'on parle de chirurgie conservatrice, c'est bien de la myomectomie qu'il s'agit. Car la facheuse habitude de l'hystérectomie n'est pas encore éteinte. Ceux qui n'admettent la myomectomie qu'avec réticence disent : entre l'hystérectomie avec ablation des annexes et la myomectomie il y a bien des intermédiaires. On peut d'abord conserver les ovaires, ou les trompes, ou les deux. On peut pratiquer une hystérectomie sus hystérique qui conservera une surface muqueuse suffisante pour assurer de petites menstruations. On peut faire une hystérectomie fundique qui conserve l'utérine et beaucoup d'endomètre. Autant de procédés ingénieux, moins mauvais certes que l'hystérectomie totale, mais qui sont des pis-aller à côté de la myomectomie qui préserve intégralement les organes et leur physiologie.

CIRCONSTANCES AU COURS DESQUELLES ON A PRATIQUE UNE MYOMECTOMIE.

On peut être amené à pratiquer l'ablation chirurgicale d'un fibrome dans diverses circonstances. Ces indications nous paraissent devoir être ainsi classées d'après leur ordre de fréquence

1° - Les métrorragies et les douleurs, lorsque le traitement médical a échoué.

2° - L'avortement à répétition lorsque aucune autre étiologie n'a pu être trouvée.

3° - La stérilité, après avoir éliminé, par un examen complet des deux partenaires tout autre cause.

4° - Les fibromes qui gênent par leur nombre ou par leur volume.

5° - Fibromes accompagnés de troubles fonctionnels importants (dysménorrhée) chez des femmes jeunes, après échec du traitement médical.

1 - Des fibromes hémorragiques.

Ces pertes sanguines sont habituellement du type ménorragiques caractérisées par un allongement des périodes menstruelles et l'abondance de l'écoulement ; parfois il s'agit de véritables hémorragies avec caillots, plus rarement la femme saigne entre ses règles.

Ces hémorragies ont été dans 30 % des cas l'indication à l'intervention chirurgicale. Dans la majorité des cas l'indication fut posée après échec du traitement médical. Traitement par l'hormone mâle (associée ou non au corps jaune). Ses succès sont multiples, ses échecs également, c'est même souvent après une cure plus ou moins longue d'hormonothérapie mâle qu'il est donné de voir l'accroissement brusque et rapide du fibrome. (Funck-Brentano.)

Duguing note des hémorragies dans 71 % de ses fibromateuses. Ces hémorragies étaient le signe principal dans 50 % des cas.

2 - Des fibromes douloureux.

Un fibrome peut être douloureux spontanément, en dehors de toute complication infectieuse. Cette douleur est de caractère variable se produisant pendant les règles à type de dysménorrhée, ou en dehors des règles, sensation de gêne, pesanteur pelvienne, ou douleur de type névralgique.

La douleur du fibrome fut dans 20 % des cas l'indication à pratiquer une myomectomie ; isolée ou associée à des irrégularités de cycle.

3 - Avortements à répétition dans les antédécédents.

Pas de grossesse menée à terme, dans 15,15 % des cas.

4 - Association stérilité et grossesse dans 10,66 % des cas.

5 - Fibrome très volumineux, en voie de nécrose, ou fibrome enclavé et douloureux dans 9,26 % des cas.

6 - Fibrome unique, s'accompagnant de troubles fonctionnels ne cédant pas au traitement médical, chez une femme jeune, parfois associé à une dystrophie ovarienne ou une rétroversion utérine.

7 - Dans 4,54 % des cas le diagnostic clinique était incertain : il s'agissait d'une masse du douglas de nature indéterminée ou d'une masse annexielle chez une femme jeune.

- LES CONTRE-INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE.-

Il existe des lésions associées qui interdisent la chirurgie conservatrice :
ce sont :

1° - La néoplasie en un point quelconque de l'appareil génital. Quand une ou plusieurs tumeurs donnent l'impression de malignité au moment de l'acte opératoire il y a lieu de pratiquer une hystérectomie. Le cancer était considéré comme une complication du fibrome dans 2 à 3 % des cas. Dans ce cas il n'est pas une complication du fibrome lui-même ; il siège soit sur la muqueuse utérine, soit sur la portion cervicale du col.

Sur 481 myomectomies pratiquées jusqu'en 1942 et qui font l'objet d'un rapport du "Mt Sinai Hospital" aucun des cas de cancer du col ou du corps n'a été observé. D'autre part dans ce même hôpital, le sarcome a été observé 5 fois dans les 481 cas de myomectomies rapportés.

Rubin de New-York, dans une série personnelle de 319 cas de myomectomies, en clientèle privée n'a pas rencontré un seul cas de cancer de l'utérus.

Dans le service du Pr Merger sur 216 interventions pour fibromes de 1950 à 1954 inclus il fut pratiqué 66 myomectomies, dans un seul cas il s'agit d'un sarcome, l'intervention prévue étant "myomectomie sur myome unique postérieur en arrière de l'insertion des trompes".
On pratiqua une hystérectomie totale.

2° - L'endométriose étendue.
Par des examens histologiques répétés, Huber a souvent constaté une association fréquente de l'endométriose abdominale avec un utérus myomateux. Il observa que la cause la plus fréquente de la stérilité en cas de myome, résidait dans une endométriose de la trompe, dans plus de la moitié des cas. Cette association laisserait supposer pour les deux états, l'endométriose tubaire et l'utérus myomateux, une cause commune sous forme d'un trouble de première importance. D'autre part l'endométriose tubaire est particulièrement associée avec des myomes multiples (69,6 %) qu'avec des myomes solitaires (29 % des cas).

Ces faits expliqueraient pourquoi l'extirpation du myome n'apporte pas la guérison de la stérilité dans tous les cas. "En résumé, dans l'avenir, en effectuant une myomectomie, il faut tenir compte d'une endométriose possible". Huber H.

3° - La présence de lésions annexielles étendues.
La présence de lésions incurables des annexes est à l'origine du plus grand nombre des stérilités. Le facteur tubaire étant si important dans la stérilité, il est nécessaire de s'assurer de la perméabilité des trompes avant l'intervention par l'insufflation des trompes et l'hystérographie. Sur les 481 myomectomies effectuées

au Mt Sinai Hospital, des lésions annexielles existaient dans 89 cas soit 18 % des cas.

- Cotte et Chalier, sur une série de 305 laparotomies ne trouvent des annexes normales que dans un quart des cas seulement.

Parmi ces cas pathologiques on relève 50 % de lésions purement ovariennes (kystes séreux ou hépatiques, microkystes multiples le plus souvent), 6% des lésions purement tubaires (hydrosalpinx) les cas restants correspondent à des lésions mixtes d'annexites chroniques avec possibilité de péri-annexites adhésives.

Mais ces lésions sont loin de correspondre toujours à des états inflammatoires. Dans 50 % des cas au moins ce sont plutôt des états dystrophiques. Quant aux lésions inflammatoires vraies elles sont le plus souvent éteintes, refroidies.

Sur 66 myomectomies effectuées à l'Hopital Foch existait 6,2 % d'annexites nécessitant une salpingectomie, 10,6 % de dystrophies des ovaires nécessitant une ovariectomie partielle ou totale.

On peut toujours, avec de la bonne volonté, conserver une annexe en place, le plus souvent les deux. Dans un certain nombre de cas il faudra procéder à une chirurgie conservatrice avec minutie, excision d'un kyste fonctionnel, pratiquer une réssection partielle d'un ovaire, parfois enlever une trompe malade.

LES EXAMENS PRÉ-OPÉRATOIRES.

A supposer que l'indication du traitement chirurgical soit posée en présence de fibrome, quels examens préopératoires doit-on pratiquer :

1° - un examen du col sous valves ; le moindre aspect suspect de la muqueuse cervicale nécessitera un frottis de syto-détection et si nécessaire un prélèvement biopsique envoyé au laboratoire d'anatomie pathologie.

2° - Pour exclure avec certitude les cas de cancer de l'utérus, une hystérogaphie devrait couramment précéder la myomectomie. Etant donné que le cancer du corps de l'utérus survient le plus souvent dans la période proche de la ménopause ou après la ménopause, ce diagnostic n'est pas souvent considéré au cours de la période de fertilité.

3° - On étudie tout particulièrement la formule sanguine et le taux de l'hémoglobine puisque l'on s'adresse souvent à des femmes qui ont un long passé hémorragique.

LA TECHNIQUE CHIRURGICALE

On se demande à quoi était due l'expérience défavorable des mauvais résultats post-opératoires obtenus autrefois avec les myomeotomies.

Les risques d'hémorragie en rapport avec un trop grand nombre d'incision de l'utérus.

L'excision de trop de tissus nécessitant le serrage trop fort de la suture des plaies utérines ; ce qui détermine la formation d'oedèmes et favorise la nécrose des tissus. Les adhérences post-opératoires et les complications infectieuses : la péritonite.

Les progrès accomplis dans la myomectomie sont en rapport avec plusieurs points.

1° - Le nombre des incisions utérines a été réduit à une seule, dans beaucoup de cas et à deux ou trois au plus dans les autres cas. On ne parlera pas ici de l'ablation de petits fibromes pédiculés de la taille d'une bille et des fibromes sous muqueux de même taille : l'ablation des petites tumeurs est simple, la plaie n'est pas importante, l'hémorragie est minime, il n'y a pas d'adhérence.

2° - Au lieu d'exciser de larges portions elliptiques de la couche séro musculaire avant d'énucléer les fibromes l'incision linéaire est faite dans la substance même du fibrome. Celui-ci lorsqu'il est en partie sectionné en deux expose la capsule à la vue du chirurgien et facilite l'extraction. Saisi par une pince à griffes l'énucléation peut ainsi s'effectuer.

Les lèvres de la plaie sont ensuite rapprochées par des points séparés et enfouis par un capitonage. Ce procédé n'est pas suivi de nécrose par étranglement et la cicatrisation est régulière.

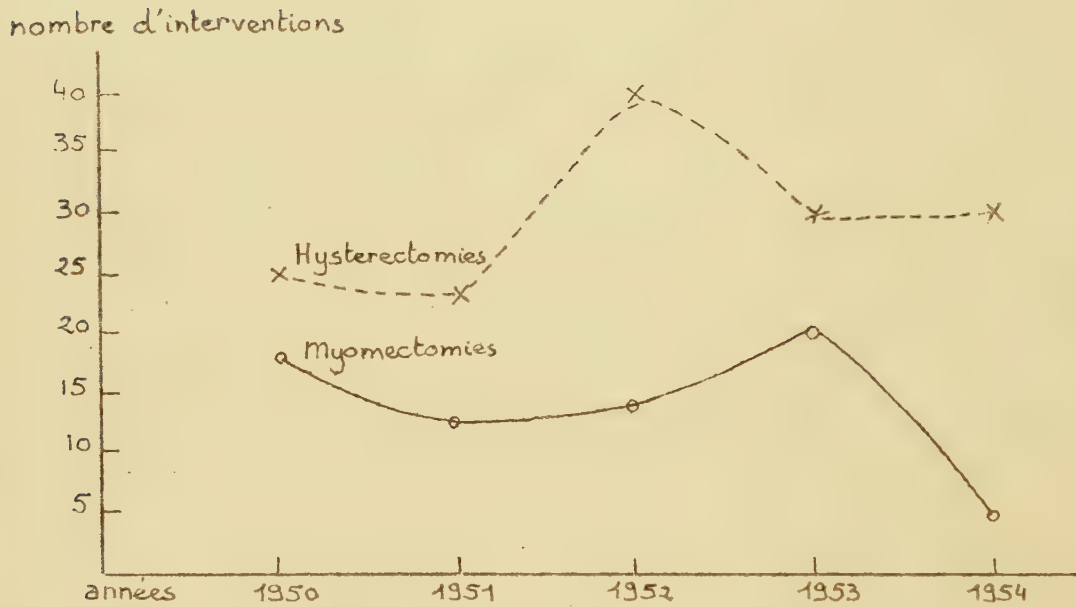
3° - L'incision utérine est suffisamment large pour permettre l'ablation d'autant de tumeurs possible par cette incision unique.

La technique doit s'adapter à chaque cas particulier.

Pour éviter les adhérences ultérieures de l'épiploon ou des anses à la face antérieure de l'utérus porteuse de cicatrices, dont il n'est pas toujours facile d'assécher rigoureusement une péritonisation à la Pestalozza. Cette ingénieuse technique, logique à ne considérer que son but immédiat, a l'inconvénient même lorsque elle a été bien exécutée, de troubler parfois les parturitions ultérieures. Les accoucheurs Lyonnais, bien placés pour observer ces faits, ont dénoncé les troubles de l'accommodation et les dangers de la césarienne lorsqu'elle doit être pratiquée dans ces conditions.

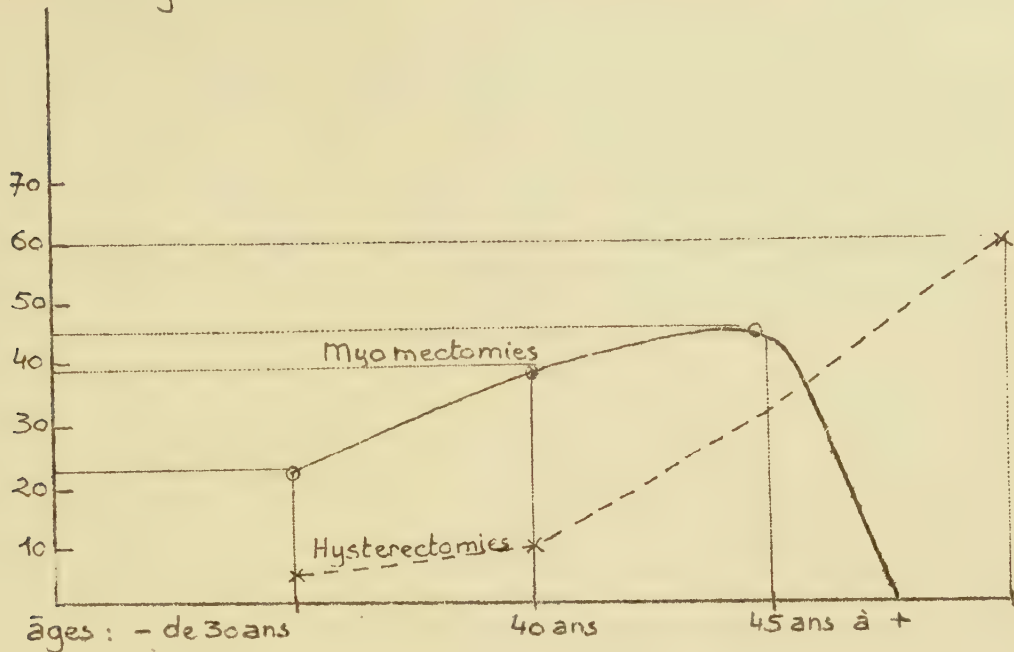
Aussi doit-on se contenter d'une soigneuse péritonisation aidée de l'emploi local du thrombase.

Courbe 1 / Variations comparées du nombre des Myomectomies
et des Hysterectomies au cours des années 1950 à 1955.



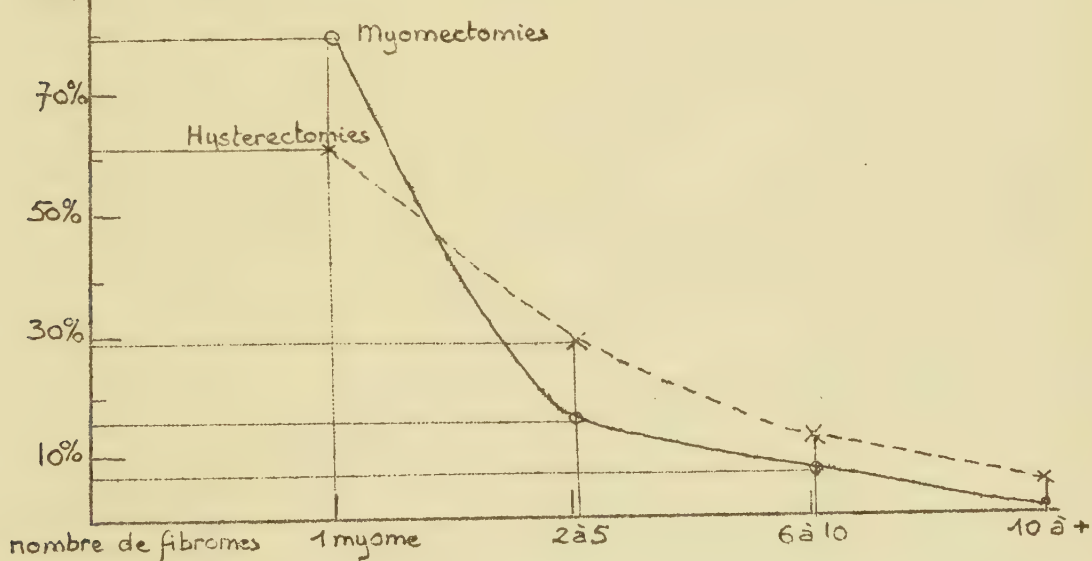
Courbe 2/ Courbes comparées des Myomectomies et des Hystérectomies d'après l'âge des femmes

nombre de myomes



Courbe 3/ Variations des indications opératoires d'après le nombre des fibromes

Pourcentage



- LES INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE : -

ses variations suivant différents facteurs.

L'indication chirurgicale étant posée, en présence de fibromes on a le choix entre l'hystérectomie et la chirurgie conservatrice, la myomectomie. Différents facteurs interviennent et sont susceptibles de préciser la conduite opératoire à tenir.

Ces éléments sont :

- l'âge de la femme,
- le nombre de fibromes,
- leur volume,
- leur état anatomo-pathologique,
- l'existence de lésions concomitantes,
- les rapports des fibromes avec l'état puerperal,
- le risque des complications post-opératoires.

Tous ces arguments dressaient autrefois un obstacle à la chirurgie conservatrice. Ils permettaient de donner libre cours à la technique standard d'exérèse.

Actuellement, les techniques d'investigation, confirment le diagnostic éliminent une association avec le cancer du col ou du corps. La technique chirurgicale s'adapte aux différentes indications opératoires et la chirurgie conservatrice élargie ses cadres.

Toutefois, les idées, les écoles ou les tempéraments, ne s'accordent pas encore complètement. C'est ainsi que le Professeur Moquot estime à 20 % le nombre légitime des myomectomies, tandis que le Professeur Cotte atteint 60 %. Pour nous, sur 217 interventions pour fibrome nous avons pratiqué 66 myomectomies, soit dans 43 % des cas.

Ce chiffre ayant atteint 64 % en 1948. (Voir courbe n° 1)

INDICATIONS TIRÉES DE L'ÂGE DE LA FEMME. (Voir courbe n° 2)

Tout le monde s'accorde à recourir à la myomectomie chez la femme jeune. Quand ces femmes ne désirent pas avoir d'enfant, il doit être tenté de conserver l'utérus pour sa fonction de menstruation et pour l'équilibre endocrinien, d'autant plus que la femme est plus jeune.

La myomectomie doit être proposée en prévenant la malade que, au cours de l'opération, il se pourrait qu'on soit obligé de recourir à l'hystérectomie.

On considérerait que après 40 ans, la maternité devenant plus rare, il n'était guère sage de faire courir à la femme un risque de récurrence. Il semble qu'il y ait une tendance grandissante pour prolonger la chirurgie conservatrice au delà de la quarantième année.

Le Professeur Brocq a fait justice de cet argument : "La vie génitale de la femme n'est pas si longue qu'on sacrifie les années qui la séparent de la ménopause. 30 ou 40 ans de vie génitale complète..., à 40 ans elle en a encore 10, et peut être les meilleures." Au moment même de la ménopause ou après elle, l'âge redevient un élément de valeur.

Mais à la période de la ménopause le fibrome a plutôt tendance à devenir quiescent, l'éloignant des solutions chirurgicales. L'argument tiré de l'âge en faveur de l'exérèse se trouve donc confiné à des limites de plus en plus étroites.

D'après les statistiques du Service :

Sur des femmes de moins de 40 ans : on note :

- 59 % de myomectomies,
- 11,3 % d'hystérectomies.

Sur des femmes ayant dépassé 40 ans on note :

- 41,4 % de myomectomies,
- 89 % d'hystérectomies.

31 % des myomectomies furent pratiquées sur des femmes de plus de 40 ans.

L'indication opératoire fut posée après échec du traitement médical.

OBSERVATIONS -

Obs n° 1 - Mme O. Geneviève, 45 ans présentait un utérus gros, douloureux et des métrorragies. Intervention le 8.2.49, ablation de 2 myomes de volume d'une mandarine suivie d'un cloisonnement du Douglas. Bon résultat.

Obs n° 2 - Mme B. Marie, 47 ans. Diagnostic clinique : fibrome et méno-métrorragies. L'ablation de 2 fibromes, l'un du volume d'une orange, l'autre du volume d'une prune, fut suivi d'un excellent résultat.

Obs n° 3. Mme D. Hélène, 45 ans, stérile mais désireuse de maternité, présentait des métrorragies : on pratiqua l'ablation en bloc de 3 myomes du fond utérin. Cette intervention fut suivie de la disparition des métrorragies.

Obs n° 4 - Mme C. Gabrielle, 45 ans, présentait des méno-métrorragies et était stérile. On pratiqua l'ablation d'un volumineux fibrome postérieur, de 2 autres fibromes et d'un myome englobant la corne utérine droite, section et résection de la corne.

Obs n° 5 - Mme A. 46 ans a été opérée le 29.12.50 pour fibrome et métrorragies, après échec du traitement médical, myome du volume d'un melon inclus dans le ligament large et ablation de 4 myomes intramuraux.

Bon résultat : revue en 52, l'utérus était de volume normal.

Obs n° 6 - - Mme P. Louise , 44 ans, dg clinique : fibrome et dysménorrhée ; la myomectomie fut pratiquée après échec du traitement médical : ablation d'un fibrome du volume d'une mandarine de la corne gauche, et énucléation de 4 myomes du fond utérin. Bon résultat 3 ans après.

Obs n° 7 - Mme L. Renée, 48 ans, myomectomie sur un fibrome du volume d'une tête fœtale inclus dans le ligament large intervention pratiquée le 25.9.51.

Obs n° 8 - Mme F. Yvonne, 46 ans, présentait des métrorragies , un myome du volume d'une orange fut énuclée.

Obs n° 9 - Mme A. Simone, 44 ans, présentait des métrorragies rebelles au traitement médical. On enleva un volumineux fibrome antérieur et unique. Les suites opératoires furent normales.

Ces observations sont au nombre de 28.

Dans un seul cas la persistance des métrorragies dût faire pratiquer une hystérectomie 4 ans après.

L'âge de la malade ne constitue donc pas un obstacle à la chirurgie conservatrice, le tiers des myomectomies ayant été pratiquées entre 40 et 45 ans.

INDICATIONS TIRÉES DU NOMBRE DES FIBROMES: (Voir courbe n° 3)

Autrefois, la multiplicité des fibromes décourageait immédiatement tout essai d'énucléation. On pensait que l'énucléation multiple laisserait l'utérus inapte à la grossesse et serait une source de danger dans le cas de conception.

On considérait que le noyau, ou les noyaux peu nombreux, de volume modéré était la condition de la myomectomie. "Leur extirpation, écrit Mocquot, ne doit pas laisser une loge utérine dont l'hémotase et la suture seraient trop difficiles". "Les utérus polyfibromateux débarrassés de noyaux multiples par une polymyomectomie doivent être mal préparés à la nidation de l'œuf". Chalion, Cotte et Poloson ne considèrent pas la multiplicité des fibromes comme un obstacle à la myomectomie. Sans doute l'opération sera longue, car le capitonnage des poches doit être minutieux et la péritonisation aussi bonne que possible.

OBSERVATION

Le mois de novembre 54 Madame D. âgée de 31 ans devait être opérée au centre Foch ; le diagnostic clinique porté était celui de kyste de l'ovaire probable.

On pratiqua une incision de Pfannestiel : l'utérus était du volume d'une tête fœtale et portait une dizaine de myomes du volume d'une orange à celui d'une noix.

On décida de pratiquer une myomectomie (Jean Levy)

Une seule incision linéaire antéro-postérieure permis d'extraire 3 myomes du volume d'une orange et 9 myomes intra-muraux du volume d'une prune à une cerise. On pratiqua une excision du tissu musculaire utérin en excès et une suture en 2 plans. L'utérus avait repri un aspect sensiblement normal.

Pour éviter les balafres utérines on a cherché à enlever tous les fibromes par une incision unique ; ce fut le cas pour cette intervention. C'est là une question de cas particulier.

Il est parfois préférable de faire plusieurs incisions si les noyaux sont éloignés, plutôt que d'effondrer le tissu musculaire sain qui sépare les myomes.

Après myomectomies multiples, l'utérus est souvent encore gros, plus ou moins asymétrique ; mais il faut faire la part de la réaction tissulaire autour du fibrome. L'utérus est oedématisé et congestif.

Et on a la surprise, aux examens ultérieurs dans les semaines et les mois qui suivent, de trouver un utérus de volume et de consistance à peu près normal.

Ces utérus, comme nous le verrons, ne sont pas inaptes à la gestation.

Les résultats publiés par J.C. Rubin et Bonney, pourraient satisfaire notre imagination.

"J'ai extrait 98 Fibromes utérins chez une jeune femme de 31 ans et Bonney rapporte l'extraction de plus 100 fibromes dans un seul cas."

Dans la série de 403 cas de Bonney les tumeurs extraites étaient uniques dans 166 cas et multiples dans 237 cas. Le plus grand nombre de fibromes qu'il ait extrait d'un seul utérus s'élève à 125 et ensuite 92, 80, 55, 52, 48, 46, 44, dans 28 cas le nombre a varié de 15 à 30.

Bonney déclare : "en conséquence, il est évident que seul le nombre de fibromes contenus dans un utérus n'est pas un obstacle, à une opération conservatrice. Le volume non plus, car j'ai pratiqué la myomectomie multiple dans certains cas où la masse totale était environ celle d'une grossesse à terme. La facilité ou la difficulté de l'opération, dépend moins de la taille ou du nombre de tumeurs que de la position qu'elles occupent dans l'utérus. C'est ainsi qu'une tumeur de la paroi latérale est plus difficile à extraire, et une tumeur de la paroi postérieure est encore plus difficile à extraire."

D'après ces observations du centre Foch.
le nombre des fibromes retirés par myomectomie varie
de 2 à 5 fibromes dans 18 % des cas.
de 6 à 10 4,6 % des cas.
de 10 à 19 0,5 % des cas.
le fibrome était unique dans 76, 8 % des cas.

Le nombre des fibromes retirés par hystérectomie est de même ordre :

Fibrome unique dans 60 % des cas.
de 2 à 5 fibromes dans 27 % des cas.
de 6 à 10 fibromes dans 7 % des cas.
de 10 à + dans 4,54 % des cas.

Ce qui permet de conclure que le nombre des fibromes n'a pas eu d'influence sur l'indication opératoire.

Principalement chez la femme avant 45 ans même les fibromes les plus nombreux ont été retirés par myomectomie.

Les observations suivantes aideront à justifier ces points de vue.

1° - Mme M. de 30 ans, présentait des méno-métrorragies et un volumineux utérus polymyomateux. On pratiqua l'ablation d'un gros fibrome pédiculé, 2 très gros fibromes intersticiels du fond et 4 petits fibromes du corps en avant. Ablation partielle d'un ovaire dystrophique. Suites opératoires normales ; l'utérus est revenu à un état normal.

2° - Dans l'une, il s'agissait d'une césarienne rendue nécessaire par l'existence d'un fibrome douloureux et en voie de nécrose : chez une première pare de 42 ans. Après l'hystérotomie on pratiqua deux myomectomies de fibromes dont l'aspect variait de celui d'un pois à celui d'un pamplemousse. Fermeture en 3 plans ; on peut se demander pourquoi un utérus gravide, à terme, porteur de deux fibromes, ne pourrait plus le devenir ultérieurement parce qu'il serait débarrassé de ses tumeurs.

3° - L'autre Mme T. âgée de 35 ans, désireuse de maternités présentait un utérus polyfibromateux très volumineux, a été opérée le 6.7.1950 au centre Foch 12 myomectomies furent pratiquées ; les suites opératoires furent normales.

4° - L'autre âgée de 40 ans, présentait une imperméabilité tubaire à l'hystérophie, et des méno-métrorragies. Après myomectomies multiples, les hémorragies disparurent et elle devint enceinte pour la première fois. Une césarienne faite le 2 Août 1948 permit d'extraire un enfant de 4 Kg, 700. L'utérus était donc de bonne qualité.

INDICATIONS TIRÉES DU VOLUME DU FIBROME.

Le volume du fibrome n'est pas toujours le facteur le plus important, il n'est pas non plus une indication pour l'extraction. Nombre de femmes porteuses de fibromes ont des grossesses à évolution normale jusqu'au terme, époque où elles peuvent subir l'épreuve du travail et un accouchement normal.

Toutefois, le siège du fibrome et son volume peut créer une difficulté au cours de la grossesse, et l'accouchement peut être suffisamment gêné pour justifier une césarienne.

Il y a donc plus grande tendance à l'avortement dans l'association grossesse fibrome, que lorsque l'utérus est normal.

L'indication opératoire une fois posée, le grand volume du fibrome a pu rebuter l'opérateur. Pour la myomectomie, il faut, dit Moquot, un volume pas trop considérable.

Là encore, avec Cotte et Pollosson, le volume du fibrome n'est pas en principe une contre indication à la myomectomie. C'était également l'idée de M. Brindeau.

Les résultats opératoires du centre Foch montrent que dans 16,6 % des cas le volume du fibrome extrait par myomectomie dépassait celui d'une tête foetale. Ce chiffre est de 14,5 % dans les hystérectomies pour fibrome.

OBSERVATION.

Mme C. Jeanne avait eu 2 F.C. spontanées de 3 mois en 1946 et en 1950. Son utérus était porteur d'un fibrome de la face postérieure volumineux. On pratiqua une myomectomie en 1953, d'un fibrome du volume d'un melon implanté à la face postérieure. Cette femme âgée de 43 ans accouche par césarienne (pour lère pare âgée) d'une fille à terme.

- Mme A. 46 ans. Quatre myomes intramuraux furent extraits, l'un d'eux du volume d'un melon était inclus dans le ligament large gauche.

Obs n° 3 - Chez une autre opérée âgée de 31 ans on enleva un fibrome mou, du volume d'un utérus gravide près du terme. (Pr Merger le 7.2.52)

Obs n° 4 - Mme P. 38 ans : ablation par myomectomie d'un fibrome du volume d'une grossesse de 4 mois 1/2.

Obs n° 5 - Enfin, au mois d'octobre 1954 Mme M. fut adressée au service pour fibrome praevia chez une lère pare à terme. On pratiqua au cours de la césarienne, avant l'extraction du fœtus l'ablation d'un fibrome du volume d'une tête foetale de la face supérieure du segment inférieur. L'hystérotomie transversale fut pratiquée dans la brèche de la myomectomie. (Pr. Merger)

Les suites opératoires furent excellentes et la femme est désireuse de nouvelles maternités.

Le volume n'a donc pas été, en principe une contre-indication à la myomectomie.

- MYOMECTOMIE ET STERILITE -

Nous ne reprendrons pas la discussion classique pour savoir si le fibrome était la cause de la stérilité, ou si la stérilité est à l'origine du développement des fibromes.

Nombre de grossesses évoluent normalement chez des femmes porteuses de fibromes utérins.

La stérilité est cependant fréquente chez les femmes affectées de fibromes. J.C. Thomson indique qu' sur 491 femmes ayant subi une myomectomie au "Mt Sinai Hospital" 224 n'avaient jamais été enceintes soit dans 42 % des cas. Sur 66 femmes opérées de fibromes par myomectomies on note 7 stérilités soit 10,66 % des cas. Dans un seul cas une grossesse eu lieu 6 mois après myomectomie.

Observations

Mme V. 33 ans. a été opérée le 23.6.53, dans le service pour un fibrome hémorragique; fibro-myome de la partie droite du corps utérin : suite opératoires normales. Six mois après l'intervention s'est produite une grossesse qui évolua jusqu'à terme.

Dans un autre cas de stérilité une grossesse se produisit après myomectomie, mais la femme présenta un avortement spontané au 3ème mois.

I.C. Rubin, dans 73 cas personnels, où la stérilité était associée aux fibromes, et où la myomectomie a été effectuée, la grossesse s'est produite chez 21 d'entre eux, soit 28,8 % ; il y eu 5 fausses-couches, une des femmes avait une grossesse ectopique, 15 ont eu des enfants à terme (il y eu 4 césariennes).

Il est également intéressant de comparer un autre groupe de 39 cas de fibromes (I.C. Rubin) opérés ailleurs avant de venir me consulter pour stérilité. La grossesse s'est produite chez 6 femmes appartenant à ce groupe, soit 15,4 %, il y eu 5 grossesses à terme et une fausse couche.

Dickinson, en citant des chiffres relatifs à la myomectomie déclare que Engstrom a guéri la stérilité dans 26,4 % des cas, Essen Moller, dans 10 % des cas, Hunter dans 25 % des cas.

Parmi les 504 malades que Mayo a suivies, 31 avaient eu un ou plusieurs enfants après l'opération. Le pourcentage de la grossesse était de 9,2 %.

En ce qui concerne la grossesse, les résultats dépendent dans une large mesure de l'âge du couple, de la durée du mariage, du nombre des fibromes et de leur distribution, de plus il faut ajouter le rôle des altérations pathologiques des annexes et du procédé technique utilisé. Il va sans dire que les facteurs concernant

le mari doivent également être examinés comme toute recherche dans la stérilité conjugale.

En plus d'une cause endocrinienne commune à la stérilité et au fibrome, l'hysperoestrogénie, les fibromes sont-ils mécaniquement par leur présence cause de stérilité ?

L'amélioration de la fécondité incontestablement obtenue par myomectomie tendrait à le prouver.

- MYOMECTOMIE ET AVORTEMENT SPONTANE -

Quand il existe des fibromes la tendance à l'avortement est, sans aucun doute, considérablement augmentée.

P. Func-Brentano estime que les fivro-myomes sont une cause assez fréquente d'avortements spontanés, jouant dans au moins 25 % des cas. On en connaît d'ailleurs mal le déterminisme : irritation du myomètre par le myome, trouble de la vascularisation du placenta implanté sur la muqueuse utérine anormale ou troubles hormonaux communs à la constitution des fibromes et à la production de l'avortement habituel.

L'avortement spontané, dans les antécédents, est un élément qui doit plaider en faveur de la myomectomie.

Brindeau estimait à 30 % la proportion des femmes qui étaient facilement fécondées après l'intervention.

Cotte et Magnin arrivent au même chiffre.

Les auteurs américains, sur une série de 274 myomectomies faites à l'Hôpital de New-York, entre 1932 et 1947 ont obtenu 48,5 % de grossesse chez des femmes qui désiraient effectivement devenir enceintes.

Dans le service du Pr Merger à l'Hôpital Foch, sur une série de 66 myomectomies, 10 femmes présentaient des avortements dans leurs antécédents et aucune d'entre elles n'avait mené de grossesse à terme.

5 d'entre elles avaient eu une F.C.
5 autres avaient eu deux F.C.

Parmi ces 10 cas, 2 femmes ayant présenté 2 avortements spontanés, et désireuses de maternité, ont eu des grossesses évoluant à terme, après myomectomie.

Obs. 1 - Mme Q. Andrée, 30 ans, avait eu une F.C. de 3 mois 1/2 en 1947 et une F.C. de 2 mois 1/2 en 1950. Après myomectomie en 1951 une grossesse à évolution normale se termina par un accouchement N. le 24.7.52.

Obs. 2 - Mme C. avait eu une F.C. de 3 mois en 1946,
une F.C. de 3 mois en 1950.

On pratiqua l'ablation d'un gros fibrome implanté à la face postérieure du segment inférieur de la taille d'un melon occupant entièrement le Douglas. Ablation d'un petit fibrome antérieur, fermeture en 3 plans.

Cette première parue de 43 ans accouché par césarienne d'une fille vivante de 3 Kg.

- INDICATIONS TENANT A L'ETAT PERPUERAL -

La fréquence de l'association fibrome et grossesse par rapport au nombre des accouchements serait de 0,3 pour Eisamen, 0,8 pour M. Brindeau, 1 % d'après Gainey et Kecler. Quant à la fréquence des gros fibromes elles pourraient être autour de 0,16 % d'après Mayon de Bordeaux.

L'association fibrome et grossesse se rencontre le plus souvent chez des primipares entre 30 et 40 ans.

Le fibrome subit des modifications au cours de la grossesse. Ces tumeurs, histologiquement bénignes ont une constitution presque toujours semblable à celle du myomètre et participent comme telle aux modifications gestatives du myomètre.

La grossesse favoriserait certaines complications du myome dues à son hypertrophie et à son ramollissement, la torsion et la nécrobiose.

L'hypertrophie gravidique du fibrome est très fréquente sinon constante. Cette hypertrophie explique l'ascension du fibrome au début de la grossesse, souvent dès la fin du deuxième mois. Seuls les fibromes pelviens risquent d'entraîner des troubles de compression et peuvent devenir praevia.

Le fibrome influence à son tour la grossesse. Il favorise l'avortement et pourrait entraîner des insertions vicieuses du placenta. Nous avons vu la fréquence des avortements chez des femmes porteuses de fibromes. Parmi 66 femmes opérées de fibromes par myomectomie, 10 n'avaient jamais mené de grossesse à terme et 5 d'entre elles avaient eu 2 avortements successifs.

Par contre l'insertion du placenta ne semble pas être modifiée par la présence de fibromes utérins.

En règle générale, la gestation évolue bien dans l'association fibrome et grossesse.

Pinard chiffrait à 24,4 % des cas l'interruption de la grossesse : 6 % d'avortements.

15 % d'accouchements prématurés.

Dans la grande majorité des cas, aucune thérapeutique active n'est nécessaire. Les éventuelles complications du travail doivent être envisagées seulement à terme mais jamais au cours de la grossesse.

"L'obligation possible d'intervention au cours du travail est bien au contraire une raison importante pour ne pas opérer au cours de la grossesse, sauf indications formelles".

M. Lantuejoul.

L'hystérectomie en début de grossesse qui pu être pratiquée par crainte de complications rares et imprévisibles doit actuellement être considérée comme disparue des indications chirurgicales.

Le problème thérapeutique de la gestation se limite à une indication éventuelle de la myomectomie.

La myomectomie pratiquée au cours de la grossesse s'accompagnait de risques opératoires. C'est ainsi que :

- en 1900 Turner inscrivait 21 % de mortalité maternelle, et 45 % d'interruption de la grossesse.
- Cotte, Creyssel et Labey donnent une mortalité maternelle de 1,7 %.
- Les statistiques intégrales de la clinique Tarnier de 1923 à 1946 donnent entre les mains de M. Brindeau et de M. Lantuejoul :
Pour 38 myomectomies pratiquées au cours de grossesse :
2 morts maternelles soit : 5,7 %
7 interruptions soit 18,4 %.

Les indications de la myomectomie au cours de la grossesse sont rares. Le fibrome comme on le sait, grossit, mais se ramollit, se lamine et remonte. Il ne se complique pas souvent.

Même la nécrose aseptique ne justifie pas souvent le traitement chirurgical. Un traitement local symptomatique suffit en général. Mais, enfin, un fibrome peut se tordre, ou s'enclaver dans le pelvis ou devenir tellement douloureux qu'il faut intervenir. Les avortements dans les antécédents sont une indication à l'intervention, si une myomectomie n'a pas été faite en dehors de la grossesse et que la femme est en début de gestation.

Il a été pratiqué 7,3 % de myomectomie au cours de la puerpéralité, en début de grossesse, avant le 4ème mois. Les indications cliniques reposaient sur la douleur du fibrome et les avortements successifs.

On ne relève pas d'accidents maternels, les interruptions de la grossesse sont de 19 %

Myomectomies au cours de la grossesse.

Obs. n° 1 - Mme Q. Maria, 31 ans, a été opérée dans le service en 1952. Elle était alors enceinte de 3 mois ; on pratiqua l'ablation d'un fibrome pédiculé du fond utérin de la taille d'un pamplemousse.

Les suites opératoires furent normales, la grossesse évolua à terme et cette femme accoucha par les voies naturelles.

Obs. n° 2 - Mme C. avait eu deux avortements spontanés dans ses antécédents. On enleva en 1953 un gros fibrome implanté à la face postérieure du segment inférieur occupant entièrement le Douglas, de la taille d'un melon et en état de nécrobiose ; l'hémostase fut assez difficile ; on retira également 2 petits fibromes antérieurs.

Un travail lent puis stationnaire, chez cette primipare âgée nécessita une césarienne. L'utérus était de bonne qualité, on ne retrouvait pas la trace cicatricielle de la myomectomie, l'utérus ne présentait pas d'adhérences anormales, et on a extrait par hystérotomie transversale une fille vivante pesant 3 Kgs.

Obs. n° 3 - Mme O. 33 ans. On enleva par myomectomie sur une grossesse de 2 mois et demi un myome pédiculé sessile du fond utérin ; énucléation du myome et taille d'une collerette suivie de capitonnage. Suites opératoires bonnes et l'accouchement eu lieu à terme.

La myomectomie constitue donc la seule indication d'intervention dans l'association fibrome et grossesse. Il n'a été pratiqué aucune hystérectomie. L'indication de la myomectomie sera rarement indiquée. Doucement faite, sans manipulations utérines elle est suivie plus rarement qu'on ne pourrait penser d'avortement.

- INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE PENDANT LE TRAVAIL -

La présence d'un ou plusieurs fibromes est le plus souvent compatible avec un accouchement sans incidents et un travail d'évolution spontané.

Sur 37 femmes arrivées à terme, avec un utérus porteur de fibromes M. Lantuejoul et Badie ont obtenu 33 accouchements par les naturelles.

Cependant, comme l'a montré l'école de Tarnier, la caractéristique d'un fibrome est imprévisible et le pronostic ne peut s'établir avec certitude qu'au cours du travail et ceci principalement chez la primipare. Quelles seront donc au cours du travail les indications d'une intervention ?

1° - Le fibrome peut entraîner une dystocie dynamique ou fonctionnelle. Les fibromes abdominaux par leur location troublent la contractilité du myomètre ; le travail est lent et les contractions utérines irrégulières dans leur rythme et leur efficacité. Cette dystocie dynamique peut se traiter par de la contracture ou de l'inertie.

Obs. - Le 7.8.53. Césarienne transversale chez une première par de 24 ans pour dystocie dynamique et non engagement de la présentation après deux perfusions de post-hypophyse.

On pratiqua une myomectomie : ablation de deux fibromes l'un antérieur du volume d'une prune, l'autre postérieur du volume d'une orange situé sur le fond de l'utérus et non praevia.

Obs. - Mme L. Le 30.12.51. Césarienne pour dystocie dynamique extraction d'un enfant vivant de 2 Kgs 400. L'utérus est porteur d'un fibrome du volume de deux bananes situé sur le fond utérin et dont on pratique l'ablation par myomectomie.

- Cette femme accoucha en 1952 par les voies naturelles d'un enfant de plus de 3 Kgs. On fit une application de forceps pour résistance des parties molles.

2° - Les gros fibromes gênent l'accommodation foetale donnant des présentations anormales. Mais la forme la plus classique est le fibrome praevia gênant l'ampliation du segment inférieur.

Obs. - Mme M., première par de 31 ans a été adressée dans le service Foch le 7 Octobre 1954 pour fibrome praevia avant tout début de travail. Présentation transversale et fibromes multiples. On pratiqua une césarienne à terme (Pr Morges). L'hystérotomie transversale montra l'existence d'un fibrome du volume d'une tête foetale implanté sur la face antérieure du segment inférieur et plongeant dans l'excavation pelvienne. On pratiqua une myomectomie préalable pour extraire le foetus par la même brèche d'hystérotomie.

Extraction podalique d'une fille pesant 3 Kgs 500 et respirant aussitôt. On fit 3 autres myomectomies, délivrance naturelle, fermeture en 3 plans. Les suites opératoires furent normales et la femme quitta le service au II^{ème} jour après l'intervention.

La césarienne sera donc indiquée pour des motifs obstétricaux. C'est alors que se pose la question du traitement chirurgical du fibrome.

Jadis la myomectomie au cours du travail était spécialement redoutée, et Keller dans la discussion du rapport de M. Brindes en 1929, craignant l'infection, avait fait à son sujet les plus grandes réserves. Actuellement avec l'emploi des antibiotiques, la myomectomie intra-partum paraît être la solution comme complément de la césarienne.

La clinique Tarnier de 1923 à 1946, donnait déjà 18 césariennes sans un seul incident.

La myomectomie est indiquée, chaque fois que l'intervention est faite au début du travail ou avant lui, c'est à dire "dans les cas purs". Si au contraire, le travail est en cours, si le fibrome a été traumatisé, beaucoup d'auteurs en particulier les Professeurs Keller, Paucot, vont vers l'hystérectomie, dans la crainte de complications infectieuses. Quant à nous, la myomectomie ou les myomectomies multiples restent dans tous les cas l'opération de choix.

On pourra donc résumer la position actuelle en face de fibrome et travail :

- 1°/ ou accouchement spontané par les voies naturelles
- ou - 2°/ césarienne suivie de myomectomie.

La chirurgie conservatrice laisse à la femme ses possibilités de maternités futures. Il faut être assuré que les grossesses ultérieures auront une évolution normale ; que l'accouchement pourra s'effectuer par les voies naturelles et que la ou les cicatrices utérines ne feront pas courir de risques de ruptures utérine au cours du travail.

Nous envisagerons successivement ces risques.

- EVOLUTION DE LA GROSSESSE APRES MYOMECTOMIE -

L'évolution de la grossesse ne semble pas perturbée après myomectomie.

- les auteurs américains, dans leurs statistiques, donnent une proportion de 20 % d'avortements.

- Hampt, cité par Cotte et Magnin, sur 50 myomectomies chez des femmes âgées de moins de 41 ans, a vu évoluer 13 grossesses à terme, et n'a eu à déplorer que 2 avortements et une grossesse extra-utérine.

- Mayon et Chastrusse ont eu 85 % de grossesses à évolution normale après myomectomie.

Au centre Foch, sur 66 myomectomies pratiquées des années 1950 à 1954, nous avons suivi l'évolution de 13 grossesses. Nous n'avons eu à déplorer que 2 avortements.

De ces deux femmes l'une avait subi une myomectomie au troisième mois de sa grossesse ; l'autre avait présenté des avortements qui constituaient l'indication de la myomectomie.

Ce chiffre de près de 85 % de succès se rapproche des résultats publiés par Benoit Conin : sur 67 cas de grossesse après myomectomie il constatait que chez 87 % de ces femmes la grossesse allait à terme, et M. Brindeau a pu écrire :

"En général il semble que la cicatrice qui résulte de la myomectomie ne soit pas très dangereuse pour l'évolution d'une future grossesse".

- L'ACCOUCHEMENT APRES MYOMECTOMIE.

L'accouchement par les voies naturelles après myomectomie, sous réserve d'une surveillance attentive, a lieu le plus souvent sans incident. On se contentera de surveiller les contractions utérines en évitant l'emploi des ocytociques. Une application de forceps à la partie basse de l'excavation abrégera l'effort de l'utérus. S'il s'agit d'une femme jusqu'à là stérile, souvent primipare, d'un certain âge, il pourra être nécessaire de pratiquer une césarienne à la moindre anomalie de contractions ou de dilatation.

Obs. 1 - Accouchement normal un an après une césarienne suivie de myomectomie.

Mme L. Le 30.12.1950, césarienne en début de travail, pour anomalie de la dilatation, Extraction d'un enfant pesant 2.400 grs, et la face postérieure de l'utérus un volumineux fibrome complètement dégénéré que l'on extirpe (Pr. Henri Vigne) leiomyome utérin très modifié par des lésions secondaires de nécrose, de sclérose, de calcification et thromboses vasculaires.

Une seconde grossesse évolua normalement en 1951 et cette femme accoucha par les voies naturelles le 6.7. de cette année. On pratiqua une application de forceps pour résistance des parties molles.

Obs. 2 - Accouchement normal après myomectomie.

Mme C. accoucha en 1952 après ablation d'un fibrome par myomectomie en 1951.

Obs. 3 - Accouchement après myomectomie au cours de la grossesse.

Cette première pare de 31 ans avait présenté des avortements dans ses antécédents. On pratiqua une myomectomie au troisième mois de la grossesse. Ablation d'un fibrome pédiculé du fond utérin du volume d'un pamplemousse. L'accouchement eu lieu à terme sans incidents.

Obs. 5 - Mme C., âgée de 43 ans a fait deux avortements spontanés à cause d'un utérus porteur d'un volumineux fibrome occupant tout le douglas. L'ablation de ce myome ainsi que l'hémostase de la tranche d'hystérotomie furent difficiles Cette intervention fut pratiquée au troisième mois de la grossesse.

Un travail lent chez cette primipare âgée nécessita une césarienne.

Ainsi 11 femmes ayant présenté une grossesse après myomectomie menèrent à bien, normalement leur grossesse.

L'accouchement nécessita dans un cas une césarienne,
dans 5 cas une application de forceps.

5 autres accouchements furent naturels, on ne nota qu'une délivrance artificielle pour hémorragie.

Risques de Complications post-opératoires.

Nous envisagerons successivement :

- La possibilité des récidives,
- Les risques d'accidents hémorragiques et infectieux post-opératoires, enfin, les thromboses veineuses et les embolies.

Les récidives :

Les Récidives sont rares après myomectomie . Elles dépendent de plusieurs facteurs :

1°- L'âge de la malade : au moment où la myomectomie a été faite. La récidive est d'autant plus fréquente que la femme est plus jeune ; mais alors pendant plusieurs années, sa fonction génitale a été conservée.

2°- Elles dépendent du soin apporté à l'intervention, au cours de laquelle tous les petits noyaux doivent être soigneusement enlevés. I.C. Rubin pense que les fibromes qui ont été extraits ne laissent jamais de restes à partir desquels d'autres fibromes peuvent se développer. "Dans pratiquement tous les cas, on peut dire avec assurance que les récidives consistent en fibromes qui étaient présents au moment de l'intervention mais qui ont échappé à l'examen, ou qui ont été vus, mais non extraits pour une raison ou une autre". Les nouveaux fibromes se développent en général à partir de bourgeons qui ont échappé à la vue au moment de la laparotomie ou de petits fibromes qui étaient masqués en raison de leur situation dans la profondeur de la paroi de l'utérus.

David	a eu	5 %	de récidives,
Bonney	"	3 %,	
Finn	"	12 %	

Brocq et Varangot rapportent une statistique de Counseller et Bedard faisant état de 20 % de récidives sur 523 myomectomies.

William Mayo 2 % seulement des cas ont subi une hystérectomie par la suite et 60 % d'entre eux n'ont pas eu de récidives qui ont nécessité une autre intervention au bout de 10 ans.

Sur 67 myomectomies pratiquées dans le service du centre Foch, on ne relève qu'un seul cas de récidive de myome nécessitant une réintervention.

Dans un autre cas la persistance des hémorragies ou plus exactement, la réapparition de métrorragies quatre ans après une myomectomie, dut faire pratiquer une hystérectomie.

Voici ces deux observations.

Obs. 1 - Madame L., 30 ans a été opérée en 1952 : ablation par énucléation de trois myomes intra muraux du volume d'une mandarine et d'une prune ; les suites opératoires furent bonnes. En 1953, la malade se présente à la consultation porteuse d'un volumineux fibrome ; on propose une hystérectomie. Après refus de l'intervention Mme L.

revient à la consultation le 10.10.1954 ; le fibrome avait augmenté de volume, remontant jusqu'à l'ombilic, et s'accompagnant d'hémorragies répétées.

Le 12.10.54, après transfusion de sang frais on pratique une hystérectomie subtotala, rendue plus aisée après myomectomie préalable d'un myome du volume d'un melon. Péritonisation satisfaisante. Dans les suites opératoires, on note une phlébite crurale gauche traitée par les anticoagulants, les antibiotiques, et la mobilisation.

Obs. 2 - Madame C., 44 ans, a été opérée en 1950 : ablation d'un myome du volume d'une orange, et la présence d'une dystrophie ovarienne nécessita l'ablation partielle de l'ovaire gauche. Les suites, opératoires furent normales.

En 1954, la réapparition des hémorragies, nécessita une réintervention et on pratiqua, le 21.11.54 une hystérectomie subtotala : l'utérus était d'aspect normal, la muqueuse utérine était épaissie, et le laboratoire montra un endomètre d'hyperplasique.

Les complications infectieuses :

Les complications infectieuses sont devenues pratiquement négligeables depuis l'usage des antibiotiques. L'ouverture de la cavité utérine en particulier, n'a pas modifié les suites opératoires.

Dans les suites opératoires des 67 myomectomies on ne relève qu'un seul cas de complication infectieuse qui nécessita une réintervention. Evacuation d'une poche purulente latéro-utérine et drainage ; on conserva l'utérus.

Obs. Madame D., 31 ans a été opérée une première fois en octobre 1954 pour une tumeur de nature indéterminée, probablement kystique. Incision de Pfannestiel, l'utérus était déformé par de multiples fibromes ; trois du volume d'une mandarine, et neuf de la grosseur d'une noix à celle d'une cerise. Incision linéaire antéro postérieure, énucléation aisée, résection du lambeau restant, ouverture de la cavité utérine sur deux centimètres, fermeture au catgut fin, fermeture en trois plans.

Les suites opératoires furent "agitées" : courbe thermique à grandes oscillations, douleurs thoraciques de nature probablement emboligène traitées par la morphine et les anticoagulants. Douleur à la palpation abdominale et à la mobilisation de l'utérus. Une hémorragie utérine importante nécessita une transfusion de sang et la cessation de l'emploi des anticoagulants. La persistance d'une leucocytose élevée, d'une douleur latéro-utérine et de la fièvre nécessita une réintervention.

Réouverture de l'incision de Pfannestiel qui met à jour une nappe d'un pus épais, non fétide, dont on peut évaluer la quantité à deux verres. L'inspection montre une brèche aponévrotique d'où le pus provient d'un foyer profond. Le foyer est extra utérin gauche, bien cloisonné. On plaça une lame dans le foyer et on conserva l'utérus. Les suites opératoires furent bonnes.

Les accidents hémorragiques post-opératoires :

Sans doute quelque minutie qu'on apporte au capitonnage de la poche et à la péritonisation, l'hémostase parfaite n'est-elle pas toujours obtenue. Un léger suintement persiste. Ce petit suintement peut être la source d'adhérences

viscérales ou épiploïques. Il existe souvent une fièvre de résorption dans les jours qui suivent l'opération et une sensibilité du douglas. Ce sont là en général des complications mineures qui s'effacent en général complètement.

Les thromboses veineuses et les embolies :

Los myomectomies ne paraissent pas plus thrombosantes que les hystérectomies.

Le lever précoce a réduit considérablement le risque d'embolies et de thromboses veineuses d'après le travail de la clinique Tarnier, les myomectomies paraissent moins thrombosantes que les hystérectomies.

Dans le service du centre Foch, on relève un cas de phlébite confirmé chez une femme ayant des antécédents de phlégmatis dans ses suites de couches antérieures. Parmi les autres cas relevés, le diagnostic a été posé sur une sensibilité du mollet à la mobilisation avec ou sans clocher thermique évoluant sous mobilisation vers la guérison totale. Il s'est agi 4 fois d'une douleur d'un membre inférieur qui a guéri en quelques jours par le traitement anticoagulant et mobilisation.

Les suites opératoires après myomectomies sont très satisfaisantes à tout point de vue. L'amélioration de la technique de la myomectomie a rendu cette opération aussi sûre que l'hystérectomie. Certains rapports statistiques ont prouvés qu'elle était même plus sûre que l'hystérectomie. Ceci n'était pas le cas au début de l'expérimentation de cette méthode, où la mortalité était environ du double, par rapport à l'hystérectomie. Counsler et Bodard indiquent dans leur rapport à propos de 523 myomectomies effectuées entre 1922 moins de 1 % de mortalité.

Au Mont Sinai Hospital sur 171 myomectomies il n'y a eu aucun décès.

Nous pensons que le domaine de la myomectomie doit être considérablement étendu non seulement aux dépends de l'hystérectomie mais aussi aux dépends du traitement médical ou physique.

La myomectomie représente le traitement du fibrome chez la femme en période d'activité génitale.

La statistique qui sert de support à ce travail, comprend par souci d'unité, toutes les interventions et rien que les interventions pratiquées pendant les quatre dernières années de 1950 à 1954 dans le service du Professeur Merger.R. au centre médico-chirurgical Foch. Elles sont au nombre de 217.

- CONCLUSION -

Le traitement initial des myomes utérins reste souvent le traitement médical. Toutefois la chirurgie s'impose dans un certain nombre de circonstances.

Dans ces circonstances se pose la question du choix entre les interventions mutilatrices et les interventions conservatrices, la myomectomie représentant la solution idéale.

LA MYOMECTOMIE s'adresse :

1°) - Aux femmes dont l'âge autorise de futures maternités le nombre, le volume, la localisation des fibromes n'interdisent qu'exceptionnellement la pratique de la chirurgie conservatrice. La myomectomie peut d'autre part guérir une stérilité, elle ne crée aucun obstacle à l'évolution de la grossesse et à l'accouchement par les voies naturelles.

2°) - Aux femmes ayant dépassé l'âge moyen des maternités, la conservation du cycle génital normal, et par voie de conséquence, l'équilibre du facteur émotionnel et psycho-sexuel leur permet une vie génitale complète pendant les années qui les séparent de la ménopause.

3°) - On interviendra chirurgicalement de façon conservatrice d'autant plus volontiers que la femme sera plus jeune. S'il est en effet légitime de soumettre au traitement médical des femmes au voisinage de la ménopause, la conduite d'un traitement médical prolongé représente une astreinte pendant des années, et cette astreinte risque de devenir à la longue difficilement supportable.

4°) - La myomectomie préalable, pratiquée au cours d'une hystérectomie pour fibrome volumineux permet de transformer cette intervention souvent difficile en une hystérectomie simple.

L'HYSTERECTOMIE est l'opération de choix et de prudence lorsque le col ou le corps utérin sont suspects, lorsqu'il existe des lésions associées des annexes lésions salpingiennes évolutives ou éteintes.

- PLAN -

Evolution historique de la myomectomie.

I - Circonstances au cours desquelles on a pratiqué une myomectomie.

- les fibromes hémorragiques ou douloureux.
- les fibromes multiples et volumineux.
- la stérilité et les avortements à répétition.
- les fibromes qui s'accompagnent de signes fonctionnels importants.

II - Les contre-indications de la myomectomie.

Les investigations préopératoires.

La technique opératoire et les suites opératoires.

III - Etude de la variation des indications de la myomectomie suivant différents facteurs :

- 1° - l'âge de la malade,
- 2° - le nombre des fibromes,
- 3° - le volume du fibrome,
- 4° - les lésions associées.

Indications tenant à l'état puerpéral.

myomectomie et stérilité,

myomectomie et avortements à répétition.

les indications de la myomectomie pendant la grossesse,

les indications de la myomectomie pendant le travail.

l'évolution de la grossesse après myomectomie.

de l'accouchement

les risques de ruptures utérines après myomectomie.

IV - Les complications post-opératoires.

- le risques de récidives,
 - de complications infectieuses
 - de complications hémorragiques,
 - de complications vasculaires, phlébites, embolies

V - Conclusion.

Vu : le Président de Thèse

Docteur LANTUEJOUL

Vu : le Doyen de la Faculté

Léon BINET.

Vu et Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris.

J. SARRAILH.

- BIBLIOGRAPHIE -

- BRINDEAU : Le traitement chirurgical des fibromes utérins pendant la puerperalité Bull. Ac. Méd. mars 1946.
- CHALIER : La chirurgie conservatrice des annexes dans les hystérectomies pour fibromes . Lyon chirurgie Mai 1944.
- COTTE et MAGNIN P. : Les grossesses après myomectomies. Lyon chirurgie Juin 1939 - 36 N° 1 64.66.
- COTTE : Quelle place donner aux myomectomies dans le traitement des myomes utérins à propos d'une série de 150 cas. Mémoire académie chirurgie 17 juin 1943.
- DARTIGUES : Chirurgie conservatrice dans les fibromes.
- DAVID A.M. : la myomectomie. Technique chirurgicale et résultats dans des séries de 1150 cas - AM J. Obs. gynéco. Mai 1952. 63 N° 5 - 592.
- FINN et MULLER P.F. La myomectomie abdominale, grossesses ultérieures et répartition de fibromyomes de l'utérus. AM J. Obs-gynéco. Juillet 1950, 60, N° 1 109, 116.
- FUNCH BRENTANO et CHIRIE Gaz. Hopitaux, mai 1952.
- HUBER H. : Myomes, stérilité, fertilité et endométriose. Zeut. F. Gynéco. 8 avril 1939.
- LANTUEJOL et BADIE : de l'accouchement chez la femme porteuse de fibromes. Bul. acad. de médecine 22 avril 47.
- LOUROS d'Athènes : Gynéco obstétrique Masson 1953.
- MERGER R. : Sem. des Hôpitaux, 18 juillet 1950, 26, N° 53. 2568-2574.
- MAYON R. : Le pronostic obstétrical des gros fibromes utérins.
- MAYON et CHASTRUSSE : Onze cas de myomectomie pendant la grossesse et le travail. Rev. Franç. gynéco-obst. Nov. 1947
- J.C. RUBIN (de New-York) La myomectomie en vue de la grossesse. M.D., F.A.C.S.
- RUBIN I.C. : Progrès effectués en myomectomie Am. J. obs. Gyn. Août 1952.

